



**HAL**  
open science

# L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives.

Florence Policard

## ► To cite this version:

Florence Policard. L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives.. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, CNAM, Jun 2015, Paris, France. hal-01180312

**HAL Id: hal-01180312**

**<https://hal.science/hal-01180312>**

Submitted on 25 Jul 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Communication Biennale CNAM, Paris, 30 juin-3 juillet 2015

### Communication n°367

#### Atelier : Santé

**Titre : L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives.**

**Inter professionalism in training by simulation to develop collaborative skills.**

**Auteur : Policard Florence**

#### Affiliation :

**Doctorante en sciences de l'éducation, EA 139, école doctorale Connaissance, langage et modélisation, CREF, équipe Apprenance et Formation des adultes, Université Paris X Ouest Nanterre**

**Cadre de santé Institut de formation en soins infirmiers, Clermont-Ferrand**

#### Résumé :

La gestion d'une situation d'urgence en médecine est un système complexe d'actions et d'interactions exigeant la coopération de médecins et d'infirmiers, dans une temporalité brève. Or, il ne suffit pas de réunir des personnes expérimentées pour que cette gestion soit optimale. Quels sont les déterminants d'une collaboration efficiente au service du patient dans ce contexte ? En quoi les formations utilisant la simulation en groupes pluri professionnels peuvent-elles représenter une ressource pour le développement des compétences collaboratives ? L'étude, réalisée au SimulHUG à Genève, se base sur des observations directes de débriefings post-simulation et sur des entretiens menés auprès de médecins et d'infirmiers, en formation spécialisée ou continue. Elle montre que ces formations, basées sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive, permettent de construire des schémas opératifs communs, de mieux comprendre les contraintes du collaborateur, de travailler la dynamique d'équipe face à l'erreur, et de réfléchir sur la place et la posture de leader et celle de *follower* actif.

**Mots clés :** simulation en santé, interprofessionnalité, compétences collaboratives, leadership, followership

#### Abstract:

Managing an emergency medical situation is a complex system of actions and interactions requiring the cooperation of doctors and nurses, in a short space of time. However, it is not enough to gather experienced people for this management to be optimal. What determines an efficient collaboration in relation to the patient in this context? How can training using simulation in multiprofessional groups represent a resource for the development of collaborative skills? The study, conducted at SimulHUG in Geneva, is based on direct observations of post-simulation debriefing sessions and interviews held with doctors and nurses, in post graduate or in-service training. This study shows that these sessions, based on experiential learning and reflective practice, help to build common operative schemes, to better understand the constraints of the collaborator, to improve team dynamics when confronted with error, and to reflect on the position and the attitude of the leader and active follower.

**Keywords:** simulation in healthcare, inter-professionalism, collaborative skills, leadership, followership

## **Introduction**

L'approche par compétence des nouveaux référentiels de formation des professionnels de santé amène à reconsidérer la pédagogie à partir de l'analyse des situations de travail. Ces situations de travail mettant en présence des professionnels issus de différentes disciplines, amenés à collaborer pour offrir la meilleure qualité de soins au patient, il est logique que la dimension pluri professionnelle soit prise en compte au niveau de la formation. L'éducation interprofessionnelle est depuis quelques années en plein essor dans les pays anglo-saxons et se développe en France. Elle s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en lien avec des problématiques de coopération et de collaboration au service du patient.

Je vous propose quelques éléments de réflexion issus d'une recherche réalisée au SimuHUG, centre de simulation des hôpitaux universitaires de Genève, dans le cadre d'un master 2 en sciences de l'éducation. Mon propos se place dans le contexte de l'enseignement des soins d'urgence en formation spécialisée et continue, et s'oriente vers le développement des compétences collaboratives.

## **1. Problématique**

La gestion d'une situation d'urgence en médecine est un système complexe d'actions et d'interactions impliquant la coordination de plusieurs acteurs (médecins et infirmiers). Sa caractéristique requiert des prises de décision et des actions à réaliser dans une temporalité brève puisqu'il y a un enjeu vital pour le patient. Aux Etats-Unis, la publication du rapport «*To err is human*» (Kohn & al., 1999)[1], a fait prendre conscience de l'importance du facteur humain dans les erreurs médicales : celles-ci seraient en cause dans 80% des incidents évitables et seraient liées, pour 30% d'entre elles, à des dysfonctionnements dans le travail d'équipe et des problèmes de communication. Ce rapport propose la simulation comme moyen pédagogique pour faire réfléchir les équipes sur ces questions.

Il ne suffit pas de réunir des personnes expérimentées et compétentes pour obtenir une action commune efficace, encore faut-il qu'elles agissent de concert... Quels sont les déterminants d'une collaboration optimale au service du patient dans ce contexte ? La collaboration interprofessionnelle est le lieu de structuration d'une action collective qui réunit médecins et infirmiers autour d'un but commun : ici la réanimation du patient. Elle se réalise à travers un processus d'interactions entre les acteurs d'une part et entre les acteurs et l'environnement d'autre part, dans une dynamique complexe de communications, de prise de décisions, de responsabilités et d'actions. Ces acteurs sont interdépendants, ils interagissent selon des modalités qui s'enracinent dans leurs rôles, statuts et culture professionnelle respectifs. Les principes clés de la collaboration interprofessionnelle sont la communication, la coopération et la coordination. Elle suppose la connaissance du champ de pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives.

Or, ces deux groupes professionnels ont été formés dans des structures différentes, cloisonnées, qui ont peu (voire pas) de connections, en particulier en formation initiale. En formation continue, il existe peu de mutualisation de moyens pédagogiques au service de modules de formation communs pour médecins et infirmiers en ce qui concerne notamment la

gestion des situations d'urgence ou l'annonce d'une mauvaise nouvelle, alors que dans la pratique, ces professionnels doivent coopérer dans ce type de situations. De plus, même si ces deux groupes professionnels ont une expérience quotidienne de travail en commun, la réflexion sur la collaboration interprofessionnelle n'est pas réellement formalisée. Dès lors, une formation qui propose de réunir des médecins et des infirmiers pour réfléchir sur la gestion collective d'une situation d'urgence peut représenter une réponse possible aux enjeux de qualité et de sécurité des soins. Comment ces formations peuvent-elle aider les professionnels à développer des compétences pour travailler ensemble ?

## **2. Cadre théorique : l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive au cœur du processus de construction de la compétence collaborative**

La simulation se définit comme « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels » (HAS, 2012) [2]. La simulation dite « pleine échelle » confronte les apprenants à une situation-problème (sur la base d'un scénario), les conduisant à mettre en œuvre les actions nécessaires pour la gérer, puis après l'action, dans le temps du débriefing, à conscientiser leurs modes d'actions individuels ainsi que leurs modes de coopération avec leurs collaborateurs. Cette pédagogie vise à construire les principes conducteurs de l'action coordonnée.

Dans sa théorie de l'apprentissage expérientiel, Kolb (1984)[3] démontre que tout savoir est enraciné dans l'expérience et passe par quatre phases : l'expérience concrète ne peut être apprenante qu'à la condition d'être ensuite réfléchi. Cette observation réfléchi conduit à une conceptualisation abstraite (généralisation, repérage des invariants) dont la validité et la pertinence doivent être vérifiées dans l'expérimentation, c'est-à-dire dans un retour actif et systématique à l'expérience. Dans *Le praticien réflexif* (1994)[4], Schön affirme que les savoirs d'expérience se construisent dans l'analyse réflexive : il convient de conscientiser le processus qui a permis d'aboutir au résultat afin de pouvoir le corriger ou s'en inspirer dans une situation future. Schön ajoute qu'il est nécessaire que ces savoirs soient partagés et fassent l'objet d'expériences collectives pour mieux évaluer leur pertinence.

L'hétérogénéité d'un groupe pluri professionnel peut être constructive dans le sens où les deux professions parlent un langage commun (ce qui permet l'échange) et que leurs différences de postures peuvent être porteuses en termes de modification des représentations de chacun (Meirieu, 1997)[5]. Comprendre les contraintes de l'autre et ses limites peut être un levier de changement des représentations au service d'une meilleure collaboration. Les dispositifs de formation par simulation s'inscrivent dans un contexte collectif : si l'apprentissage est toujours individuel, il s'effectue avec l'aide des autres. Le groupe peut ainsi devenir levier d'apprentissage pour chacun de ses membres.

Si la situation d'urgence exige de chaque professionnel la réalisation de tâches précises, en lien avec son domaine de compétence, contribuant chacune à la gestion collective de l'urgence (coopération), la coordination de ces tâches est absolument nécessaire dans une réalisation conjointe (collaboration). Il y a collaboration lorsqu'un groupe organisé d'acteurs oriente et négocie ses interactions vers une finalité dont chacun a conscience qu'elle ne pourrait être atteinte individuellement (Fernagu-Oudet, 2014) [6]. Dans un collectif tel qu'une équipe de soins, chacun se distingue de l'autre par sa position dans l'espace, son rôle, ses ressources, sa spécialisation ; c'est à travers ces variables que s'organise et se coordonne

l'action (Lacoste, 1993) [7]. Si un évènement comme l'urgence surgit, chacun cible son action de façon prioritaire sur le problème à traiter et une coopération étroite peut s'instituer. Il semble alors que la construction d'une représentation partagée de la gestion opérative d'une situation d'urgence puisse être une hypothèse de développement de compétences collaboratives par l'intermédiaire d'une formation. Selon Wittorski (2007) [8], l'activité collective qui exige la coordination d'activités individuelles nécessite l'élaboration d'une représentation de référence: la production de schémas coopératifs de résolution de problèmes, l'adoption d'un langage opératif commun. Il s'agit de construire des schèmes communs de référence.

La compétence collaborative est un construit social à l'intérieur d'un cadre organisationnel plus ou moins formalisé (D'Amour, 1997)[9], il s'agit d'un phénomène dynamique et évolutif ; elle signifie la capacité pour le sujet à se mettre en synergie avec les autres pour traiter efficacement la situation ; Le Boterf (2011) [10] identifie des compétences « sociales », savoir-faire relationnels et sociaux qui s'expriment dans des situations particulières et participent de la compétence collaborative. Ainsi, les indicateurs de compétence collaborative dans la situation de formation par la simulation constitueront le modèle d'analyse de cette étude. Ces indicateurs sont les suivants :

- Agir en anticipant l'action des autres et en rendant son action intelligible pour les autres,
- Savoir interagir, non seulement avec, mais en fonction des autres : utiliser les ressources humaines, prendre en compte les contraintes des autres, communiquer les informations dont ils ont besoin et les aider à agir et à atteindre l'objectif,
- Prendre l'initiative et entretenir des relations d'aide, d'encouragement et de solidarité avec les autres acteurs,
- Se positionner en fonction de son degré d'autonomie et de responsabilité en fonction des exigences requises par la situation : faire preuve de *leadership*/ de *followership*,
- Participer activement à des activités d'échanges et de capitalisation des pratiques professionnelles, savoir apprendre collectivement de l'expérience,
- Exprimer sans crainte et en temps opportun (dans l'action et hors de l'action) ses doutes, ses limites, ses besoins d'aide pour ne pas mettre en difficulté l'action des autres (et a fortiori pour ne pas mettre en péril la sécurité et la vie du malade).

### 3. Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative. L'objectif est d'apprécier en quoi et de quelle manière l'inter professionnalité peut être un levier de développement des compétences collaboratives dans un dispositif de formation utilisant la simulation pleine échelle.

L'étude se base sur l'observation directe de onze groupes, choisis de façon aléatoire, en fonction des opportunités de planification au centre de formation : quatre groupes étaient mono professionnels et sept pluri professionnels. Il s'agissait de trois groupes d'infirmiers en formation spécialisée, d'un groupe d'internes en anesthésie, et de sept groupes mixtes de médecins et infirmiers anesthésistes en formation continue. Les professionnels possédaient donc des niveaux de compétences variées, de novices à experts reconnus par leurs pairs. La composition très diverse des groupes et l'échantillon restreint ne permettait pas de réaliser une étude comparative mono et pluri professionnelle, ce qui constitue une limite dans cette étude. Les groupes mono professionnels n'ont cependant pas été exclus, considérant que la dimension collaborative était explorée également dans ces groupes.

Les séances ont été observées dans leur intégralité : elles comprenaient un briefing d'introduction et plusieurs scenarii (situation simulée suivie d'un débriefing). Cependant, les observations étaient spécifiquement ciblées sur les débriefings, car c'est dans le débriefing que se joue principalement la construction des apprentissages. L'observation a été guidée par une grille permettant le repérage des éléments suivants : type d'évènement ou d'aléa débriefé, statut des personnes participant à l'échange, interactions en lien avec la communication, en lien avec la coordination (notamment leadership/followership), questionnements et étonnements manifestés, commentaires de l'acteur visionnant sa propre action sur la vidéo et explicitation de son action, principes d'action co-construits. La prise de notes permettait de retranscrire des bribes d'échanges entre les protagonistes, l'enregistrement audio des séances n'ayant pas été souhaité par les personnes.

Les observations ont été complétées par neuf entretiens semi-directifs avec certains participants de ces groupes, trois médecins et six infirmiers. L'échantillon est également aléatoire, en fonction des disponibilités des personnes. L'objectif était d'obtenir leur point de vue à propos du format simulation et de la pluri professionnalité. Une grille d'entretien ciblait notamment leur perception des avantages et inconvénients du format simulation pleine échelle pour l'apprentissage du travail en équipe, leur perception des intérêts et des limites de la pluri professionnalité des groupes dans ces formations, la nature des apprentissages réalisés, et les éléments de découverte ou d'étonnement à propos des collaborateurs. Ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes et retranscrits intégralement.

Les transcrits des entretiens et des séances de débriefing ont été traités conjointement, de façon « manuelle » selon une méthode d'analyse de contenu thématique. Les items en lien avec l'intérêt et les limites de la pluri professionnalité ont été analysés plus spécifiquement dans les entretiens. La grille d'analyse reprenait les indicateurs de compétence collaborative cités plus haut. Ces indicateurs ont permis de catégoriser les données recueillies, de les classer en rubriques ou thèmes présentant des caractères communs et d'en compter la fréquence d'apparition. Ces résultats ont été ensuite interprétés au regard du cadre théorique.

Les limites de cette étude résident principalement dans le caractère hétérogène de l'échantillon et dans les biais interprétatifs possibles vis-à-vis des données recueillies au cours des observations : en effet, la prise de notes, bien que guidée par une grille mais forcément incomplète, comporte probablement une sélection des propos en lien avec les objectifs, la sensibilité et la subjectivité du chercheur.

## **Résultats et discussion**

### **Vers des schémas opératifs communs**

Les données montrent que le débriefing favorise l'échange avec ses pairs et avec ses collaborateurs au sujet de la situation-problème et de sa manière de la gérer. Les stratégies d'actions choisies sont argumentées et discutées, ce qui permet aux protagonistes d'explicitier leurs choix en termes de bénéfice/risque pour le patient, de mobiliser leurs connaissances, d'en acquérir de nouvelles issues de la confrontation avec celles des autres. Cet échange permet parfois d'exprimer ses doutes, d'oser dire que l'on ne sait pas. C'est aussi l'occasion d'analyser sa prestation au regard des bonnes pratiques et de chercher ensemble comment mieux faire la prochaine fois. Il existe une prise de conscience de la nécessité de verbaliser ce que l'on fait ou ce que l'on pense pour se faire entendre et comprendre de l'autre, pour prévenir le risque de malentendu et pour que l'autre sache ce que l'on est en train de faire. Penser à haute voix est à la fois une aide pour les autres mais aussi pour soi-même « je le fais

pour tout le monde et pour moi, pour comprendre », cela permet de demander de façon implicite une confirmation ou de l'aide au raisonnement.

Tous les groupes ont exploré comment s'est faite la transmission des informations au médecin appelé en renfort et ont recherché comment l'optimiser pour qu'elle soit concise, précise et rapide et donc immédiatement opérationnelle. Aussi, lorsqu'une équipe a mis en place une communication opérative efficace ou inefficace, elle a toujours été mise en évidence par le formateur par un visionnage de la vidéo de la séquence. Celle-ci a été commentée par le groupe afin de repérer sa structure, en constater les points forts, envisager des améliorations et permettre ainsi un ancrage dans les esprits.

### **Un dispositif permettant de mieux connaître son collaborateur**

Dans les groupes réunissant des professionnels médecins et infirmiers issus d'un même service, les apprenants ont souvent découvert une nouvelle facette de leur collaborateur. Les infirmiers ont pu se rendre compte de la difficulté, pour un médecin, d'avoir à prendre une décision dans l'urgence. Les médecins ont constaté qu'il pouvait être difficile pour un infirmier d'oser exposer ses hypothèses à un médecin. La pratique réflexive partagée au sein du groupe a permis à chacun de s'exprimer, de parler sa pratique, de s'exposer aussi dans l'expression de ses doutes ou de son vécu intime de l'échec parfois, ce qui impliquait l'écoute de l'autre, la confiance et le non jugement. La question de la confiance est revenue de façon importante lors des entretiens (six fois citée), à la fois en regard de la situation de formation, car on se livre au regard de l'autre dans cet exercice, et en regard des situations de travail dans la vie réelle. La confiance passe par la connaissance de l'autre, de ses compétences, de ses limites : « Connaître la personne avec qui on travaille, c'est essentiel dans une situation d'urgence ». Reconnaître en l'autre les limites que l'on se reconnaît à soi-même crée une certaine proximité, et les partager construit davantage de tolérance et de la confiance. C'est donc un facteur de cohésion d'équipe.

### **Travailler la dynamique d'équipe face à l'erreur**

Etonnamment, il existe un nombre élevé d'erreurs de fixation au cours des mises en situation observées, tant chez les novices que chez les experts. L'erreur de fixation est une typologie d'erreurs repérée dans la gestion des situations de crise (De Keyser, Woods, 1990) [11]. Il s'agit d'un terme utilisé pour rendre compte de certaines défaillances dans l'évaluation d'une situation et la prise de décision en médecine. Elle est caractérisée par la persistance de l'erreur malgré la présence d'indices indiquant que la décision est inappropriée. En anesthésie, on observe cela chez les médecins novices comme chez les experts. Lors du débriefing, les groupes ont pu remarquer que certaines personnes, notamment celles qui n'étaient pas directement dans l'action, avaient eu conscience de l'erreur ou avaient été en mesure d'évaluer la situation mieux ou plus tôt que les acteurs principaux. Ils en ont déduit que celui qui est dans l'action a un raisonnement moins exhaustif, une vision plus réduite que celui qui est plus en retrait de l'action. Cela les a amenés à la prise de conscience du fait que le leader devait privilégier une posture d'extériorité pour avoir une vision plus globale de la situation car il y a nécessité de la réflexion dans le feu de l'action pour s'ajuster à la situation particulière et prendre les bonnes décisions.

### **Travailler l'affirmation de soi, le leadership et le followership actif**

C'est naturellement au médecin que revient le rôle de leader. Cette place est légitime, reconnue par le groupe, souhaitée même « Quand le médecin arrive, on se relâche ». La difficulté arrive quand il n'y a pas de médecin (un binôme d'infirmiers) ou quand il y a

plusieurs médecins : « plusieurs chefs ça va pas... c'est le chaos... » ou encore quand un jeune interne est incompetent à gérer la situation : « je me voyais pas prendre le leader, c'est pas à moi de le faire ! », dit l'infirmière. Le *leadership* est un construit social et, quand ce n'est pas le statut qui le détermine, alors ce sont les compétences : « elles (les infirmières) savaient quoi faire, je comptais sur elles », dira l'interne. Ainsi, l'infirmière peut être légitimée par le médecin novice à prendre le *leadership* : pour ce groupe, cette prise de conscience s'est faite a posteriori au moment du débriefing alors que cela avait suscité incompréhension et tension au moment de la simulation. La question de la confiance est primordiale ; pour le médecin, se fier à ce que lui disent les collaborateurs et ne pas « sentir les choses » physiquement par lui-même peut être compliqué. Un bon leader, c'est quelqu'un qui fait confiance à ses collaborateurs, « un bon chef c'est celui qui vous dit : alors, tu ferais quoi ? ».

Les novices sont souvent hésitants et partagés entre la prise d'initiatives et l'attente des ordres de la part du médecin. Reconnaître en l'autre un leader, c'est accepter de le suivre dans ses décisions : c'est le *followership*. On parle de *followership* actif lorsque le « suiveur » est capable de se conformer aux décisions du leader tout en exerçant sa pensée critique et en étant apte, le cas échéant, à dire au leader qu'il se trompe (Collinson, 2006)[12]. Cette approche paraît particulièrement pertinente dans le contexte de l'urgence dans la mesure où l'enjeu est tel que le leader doit pouvoir s'appuyer sur des relais fiables et capables de lui fournir du feedback. L'un des groupes de médecins a évoqué ce problème et a pris conscience de la nécessité de créer un climat de travail favorable à cette liberté d'expression : « être conscient qu'il faut instaurer un climat de confiance pour qu'un infirmier puisse oser dire ».

### **Les limites de la formation interprofessionnelle**

Bien qu'elle soit plébiscitée par la plupart des participants, la formation en groupe pluri professionnel peut présenter quelques limites que le formateur doit connaître afin de les prévenir et de les gérer. Le médecin, de par sa formation, a un niveau de connaissances médicales supérieur à celui de l'infirmier. Le risque est alors qu'il monopolise la parole sur le cas et que l'infirmier n'ose pas exprimer ses propres questionnements : c'est une crainte qui a été soulevée par deux infirmiers. Par ailleurs, la question du *leadership* étant centrale, il est possible que le focus soit mis de façon privilégiée sur le rôle, la posture et les actions du leader (le médecin, par conséquent) au détriment de ceux des collaborateurs, ce qui a été le cas dans deux groupes pluri professionnels. Ceux-ci peuvent alors se sentir délaissés et l'intérêt formatif de la séance peut être perçu de moindre valeur pour eux. Il est donc important de veiller à équilibrer les temps d'expression pour chacun. L'étude du *followership* et du rôle actif du collaborateur doit donc faire partie des points à aborder.

### **Conclusion:**

La formation par la simulation, parce qu'elle offre un espace privilégié d'échanges entre professionnels médecins et infirmiers qui vivent ensemble une même expérience formatrice, peut contribuer au développement de compétences collaboratives. En effet, l'étude, bien que modeste et comportant des limites sur un plan méthodologique, a permis de montrer que lorsque des professionnels, médecins et infirmiers issus d'un même service, partageaient ce temps particulier de la formation et réfléchissaient ensemble sur leurs manières de communiquer et de travailler ensemble, alors les relations interprofessionnelles évoluaient vers une plus grande confiance l'un en l'autre. La confiance est un déterminant fort de la collaboration, en particulier dans le contexte de l'urgence. Ces formations favorisant une meilleure connaissance des contraintes, des modes de fonctionnement et des ressources de



l'autre, la simulation en groupe pluri professionnel est sans doute une modalité pertinente pour optimiser la collaboration.

De plus, ces formations allant dans le sens d'une vision partagée de la situation-problème et de la construction commune de modèles d'actions, elles sont synonymes d'enrichissement mutuel au service de l'évolution des représentations de chacun, donc de l'apprentissage et du développement des compétences. Enfin, une meilleure connaissance de l'autre étant le terreau de la construction de la confiance, et la confiance permettant de mieux s'appuyer sur l'autre dans une situation difficile, alors, il est raisonnable d'augurer une meilleure efficacité des équipes qui auront été formées ensemble.

L'éducation interprofessionnelle pose aujourd'hui comme une évidence dans les dispositifs de formation continue, même si elle est encore peu développée en France. L'instruction du 19 novembre 2013[13] relative au développement de la simulation en santé la considère comme une méthode pertinente pour améliorer la performance des équipes. Quelques études tendent à en démontrer l'efficacité (Baker & al., 2008) [14] : c'est apprendre de l'autre, sur l'autre et avec l'autre afin d'optimiser le travail d'équipe, par une meilleure connaissance du rôle et de la responsabilité de l'autre.

## Références bibliographiques

- [1] KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. To err is human. Building a safer health system. National Academy Press; 2000. 311
- [2] HAUTE HAUTORITE DE SANTE (HAS). Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, décembre 2012
- [3] KOLB D. In La formation expérientielle des adultes, COURTOIS B., PINEAU G. Editions la documentation française ; 1991.
- [4] SCHÖN D. Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Editions Logiques ; 1994.
- [5] MEIRIEU P. Groupes et apprentissage, revue Connexions, 1997 ; 68 : 1-23.
- [6] FERNAGU-OUDET S. Agir collectif et environnement capacitant. In Education Permanente, « Les synergies travail-formation », Hors-série AFPA, 2014 ; 171-186.
- [7] LACOSTE M. Interaction située et dimension collective du travail. In Les aspects collectifs du travail, SIX F., VAXEVANOGLOU X. (sous la direction de). Editions Octarès ; 1993 : 32-54.
- [8] WITTORSKI R. Professionnalisation et développement professionnel. L'Harmattan ; 2007.
- [9] D'AMOUR D. In Collaboration interprofessionnelle, cadre de référence. Ecole en chantier. Université de Sherbrooke. septembre 2007 ; 1-25.
- [10] LE BOTERF G. Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'organisation. 6ème édition ; 2011.
- [11] DE KEYSER V. WOODS DD. 1990. In : BOURGEON L. Mécanismes cognitifs et rôle du collectif dans la persévération : gestion des événements imprévus dans l'activité de pilotage militaire, Thèse de doctorat en psychologie-ergonomie, Université Toulouse II Le Mirail. 2011 ; 269.
- [12] COLLINSON D. Rethinking followership: a post-structuralist analysis of follower identities. In The Leadership Quarterly, Elsevier; 2006; 17: 179-189.

[13]FRANCE. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction N°DGOS/PF2/20013/383 du 19 novembre 2013, relative au développement de la simulation en santé.

[14]BAKER, C., PULLING, C., MCGRAW, R., DAGNONE, J. D., HOPKINS-ROSSEEL, D. and MEDVES, J. (2008), Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. *Journal of Advanced Nursing*, 64: 372–379.